

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Mirjam Ool

ÄREVUSE SEOS TÄHELEPANU JA KONTROLLI ENESEKOHASTE HINNANGUTEGA
ÄREVUSHÄIRETEGA INIMESTEL

Magistritöö

Juhendajad: Aavo Luuk, *PhD* ja Kersti Luuk, *PhD*

Läbiv pealkiri: ÄREVUSE SEOS TÄHELEPANU JA KONTROLLIGA

Tartu 2015

Kokkuvõte

Tähelepanu kontrolli teooria (*Attentional Control Theory*) kirjeldab ärevuse mõju kognitiivsele sooritusele ning seletab seda, kuidas kõrgema ärevusega inimestel ei pruugi tegelik tähelepanu sooritus madalama ärevusega inimestest kehvem olla. Kõrgema ärevusega inimesed kasutavad rohkem kompensatoorseid strateegiaid, et vähendada ärevuse negatiivset mõju tähelepanule (Eysenck & Derakshan, 2010). Töö tulemused näitavad, et ärevushäirega inimesed hindavad enda tähelepanu ja kontrolli võimekust madalamaks kui kontrollgrupp, samuti on nende tegelik tähelepanu võimekus madalam. Sellegipoolest enesekohased hinnangud ei ole seotud nende tegeliku tähelepanu võimekusega. Töös kasutatud modifitseeritud STICSA skaalad (*State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*) ning Ärevuse intensiivsuse analoogskaala (*Visual Analogue Scale for Anxiety*) osutusid usaldusväärseteks ärevuse mõõdikuteks ärevushäiretega inimestel, kuid mitte kontrollgrupil. Tähelepanu ja kontrolli raskuste uurimisest ärevushäiretega inimestel võiks kasu olla ärevushäirete ravis, saades täpsemini aru, millele suunata rõhk patsiendi tähelepanu kontrolli parandamisel.

Märksõnad: ärevushäired, tähelepanu, tähelepanu kontroll, STICSA, analoogskaala

Relation between self-evaluations of anxiety, attention and control in case of people with anxiety disorders

Abstract

Attentional Control Theory describes the effect of anxiety on cognitive performance and explains how higher anxiety level might not have an effect on actual attention. People with higher anxiety level use more compensatory strategies to decrease the negative effect on attention by anxiety (Eysenck & Derakshan, 2010). The results show that people with diagnosed anxiety disorders evaluate their attention and control compared to control group lower, also their actual attention performance is lower. Nevertheless the self-evaluations were not related to the actual attention performance. The modified STICSA (State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety) and Visual Analogue Scale for Anxiety showed to be reliable in measuring anxiety in people with anxiety disorders, but not in control group. Research about the difficulties with attention and control could help improve the treatment of anxiety disorders, by knowing better, where to focus on improving attention control.

Keywords: anxiety disorders, attention, attention control, STICSA, visual analog scale

Ärevuse seos tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangutega ärevushäiretega inimestel

Täidesaatvaid funktsioone ja seda, kuidas ärevus neid mõjutab, on uuritud erinevates ärevust tekitavates situatsioonides. Samuti on võrreldud erineva ärevustaseme kui isiksusedimensiooniga inimeste tulemusi, kuid vähe andmeid on selle kohta, kuidas ärevushäiretega inimeste ärevuse tase nende kognitiivseid võimeid mõjutab. Uuringu tulemused annavad mõista, kuidas ärevushäiretega inimesed ise oma tähelepanu ja kontrolli võimekust hindavad võrreldes kontrollgrupiga ning kas see on seotud nende tegeliku tähelepanu võimekusega. Uuringu tulemustest võiks kasu olla ärevushäirete ravis, saades täpsemini aru, millele suunata rõhk patsiendi tähelepanu kontrolli parandamisel. Töö autori teiseks eesmärgiks oli kontrollida ärevuse skaalade usaldusväärsust ja valiidsust. Ärevuse skaalad on tõlgitud ja kohandatud *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Grös, Antony, Simms, & McCabe, 2007) skaaladest. Töös uuritakse ka Ärevuse intensiivsuse analoogskaala valiidsust. Skaala on efektiivne ärevuse mõõdik, millega on võimalik lihtsalt ja kiirelt hinnata isiku ärevuse taset näiteks psühholoogiliste probleemide ennetusprogrammides, raviprotsessi erinevatel etappidel või teadustöö raames. Ärevushinnangute lihtne ja kiire mõõtmine on oluline, et võimalikult vara ärevushäirete raviga alustada ning ennetada häirete süvenemist.

Kirjanduse ülevaade

Ärevushäired

Ärevushäired on kõige levinum häire laste, noorte ja täiskasvanute seas. Neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete esinemissagedus on Eestis viimastel aastatel olnud tõusuteel. Igal aastal pöörduv Eestis üle 8 000 inimese mainitud diagnoosiga esmakordselt psühhiaatri vastuvõtule. Levimuse poolest teisel kohal on meeleoluhäired ning seejärel psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired. (Tervise Arengu Instituut, 2014) Ärevus- ja meeleoluhäired on tihti komorbiidsed. Wittchen, Kessler, Pfister ja Lieb (2000) kinnitasid longituud-uuringuga, et ärevus ja depressioon on erinevad häired ning ärevushäired suurendavad riski depressiooni tekkeks. Seda kinnitab asjaolu, et ärevushäired avalduvad esmakordselt tüüpiliselt lapseas, palju varem kui meeleoluhäired. Lapseas esineb palju nõ puhtaid ärevushäireid, vanuse kasvades suureneb komorbiidsus depressiooniga ning täiskasvanueas jääb vähestel püsima puhas ärevushäire, enamusel areneb depressioon. Varasema

ärevushäirega uuritavatel oli 2-4 kordne risk depressiooni avaldumiseks võrreldes nendega, kellel polnud ärevushäiret avaldunud. Arvatakse, et ärevushäire võib mõjutada inimese kognitiivseid protsesse, käitumismustreid, sotsiaalset suhtlust või neurobioloogilist aktiivsust, mis suurendab riski depressiooni tekkeks. Ärevus- ja meeleoluhäirete erinevust kinnitab ka autorite leid, et erinevaid häireid ennustasid erinevad riskifaktorid. Mõlemaid häireklasse ennustasid ühtemoodi patsientide vanematel esinevad psüühilised häired, sünnieelsed probleemid ning sugu. Naistel on meestest oluliselt suurem risk nii ärevus- kui meeleoluhäirete ning nende komorbiidsuse avaldumiseks. Erinevaid ärevushäireid ennustasid madalad koolisaavutused, madal sotsiaalmajanduslik staatus, ülekaitsev perekond, varajane vanematest lahutamine ja temperament (käitumuslik pidurdus). Puhta depressiooni riskifaktoriteks olid probleemsed lähisuhted ning stressirikkad elusündmused. (Wittchen *et al.*, 2000)

Isiksuseomaduste seos ärevusega. Isiksuseomadustest on nii ärevus- kui meeleoluhäire seoses kõrgenenud neurootilisusega. Lisaks on depressioon seotud madala ekstravertsuse ja meelekindlusega. Sotsiaalsus ja avatus ei ole uuringute järgi kummagi häireklassiga seotud (Karsten *et al.*, 2012). Muris, de Jong ja Engelen (2004) uurisid neurotismi ja tähelepanu kontrolli koosmõju seost mittekliinilise lapsega ärevusega (vanuses 8-13 eluaastat). Uuringus kasutati laste versiooni ka käesolevas töös modifitseeritult kasutatavast Tähelepanu kontrolli skaalast (*Attentional Control Scale ACS-C*; Derryberry & Reed, 2002). Autorid leidsid, et kõrge neurootilisus ja madal tähelepanu kontroll seletavad üksteisest sõltumatult suure osa ärevushäire sümptomite tasemest, kuid mitte nende kahe koosmõju. Tüdrukutel olid kõrgemad ärevushäire sümptomite tasemed kui poistel. Neurotismi ja ärevuse seos kahanes vanusega ning tähelepanu kontrolli ja ärevuse seos suurenes vanusega. (Muris *et al.*, 2004)

Tähelepanu

Täidesaatvad funktsioonid on mitmed neurokognitiivsed protsessid, sealhulgas töömälu, kognitiivne paindlikkus, vastuse valik ja kiirus ning tähelepanu. Need protsessid aitavad sellistele käitumise ja valikute tegemisele kaasa, mis on tulemusele orienteeritud, pingutust nõudvad ja kontrollitavad. Täidesaatvad funktsioonid lubavad meil eesmärke ja plaane luua ning kohandada käitumist vastusena keskkonna muutustele. Neid funktsioone peetakse olulisteks teguriteks emotsionaalsete häirete etioloogias ja püsimisel. (Rinck & Becker, 2005)

Tähelepanu kontroll. Ärevus suurendab tähelepanu pööramist ähvardavale stiimulile – seega vähendab tähelepanu osutamist käesolevale ülesandele, kui selles ei sisaldu praegune ähvardav stiimul. Selektiivne tähelepanu reageerib ohuallikale kiiresti ning mõjutab ärevusega seotud kognitiivseid ja emotsionaalseid protsesse. Tähelepanu on oluline funktsioon õppimises, mis osaleb kognitiivsete representatsioonide kujunemises ning kujundamises juba väga varajasest east. Ärevus kahandab tähelepanu kontrolli, mis on peamine ülesanne täidesaatvates funktsioonides. Tähelepanu kontrolliks nimetatakse võimet eirata häirivaid stiimuleid ning ümber lülituda efektiivselt ühelt stiimulilt teisele. Ärevuse seisundis viibides muretsetakse palju ohtliku olukorra pärast ning üritatakse leida efektiivseid strateegiaid ärevuse vähendamiseks. Kõrget ärevuse ja muretsemise taset seostatakse madalama soorituse tasemega (Eysenck, Derakshan, Santos, & Calvo, 2007) nii ärevuse kui isiksuseomaduse kui ka seisundiärevuse korral (Eysenck & Derakshan, 2010).

Hea tähelepanu kontroll aitab ohu ning teiste negatiivsete stiimulitega kohaneda (Derryberry & Reed, 2002). Tähelepanu kontroll on miski, mis võiks kaitsta psühhopatoloogiliste sümptomite avaldumise eest lastel hilisemas eas (Muris, van der Pennen, Sigmond, & Mayer, 2008). Sellisel juhul oleks kõrge ärevusega inimeste puhul oluline arendada nende tähelepanu kontrolli, mis võiks ennetada ärevuse arenemist häireks. Uuringutes on leitud aga, et mitte niivõrd tegelik sooritusel põhinev tulemus, vaid madal enesekohane hinnang oma tähelepanu kontrollile on seotud psühhopatoloogiliste sümptomitega, nagu ärevus, depressioon ja agressiivsus (Derryberry & Reed, 2002; Muris *et al.*, 2004; Muris *et al.*, 2008; Muris, Mayer, Lint, & Hofman, 2008).

Tähelepanu kontrolli teooria (*Attentional Control Theory*; Eysenck, 1979, viidatud Eysenck & Derakshan, 2010 kaudu) kirjeldab ärevuse mõju kognitiivsele sooritusele, mis seletab seda, et kõrgema ärevusega inimestel ei pruugi tegelik sooritus madalam olla, nagu on uuringutes ilmnenud. Tähelepanu kontrolli teooria järgi kahjustab ärevus kahte tähelepanu kontrolli osa. Esimene on negatiivne tähelepanu kontroll, mis on seotud tähelepanu kõrvale juhtivate, ülesandesse mittepuutuvate stiimulite eiramisega. Teine on positiivne tähelepanu kontroll, mis on seotud erinevate ülesannete vahel paindlikult ümberlülitusega, et suurendada soorituse efektiivsust. (Derakshan & Eysenck, 2009) Kõrge ärevusega inimesed on tundlikumad tähelepanu kõrvale juhtivate tegurite suhtes kui madala ärevusega isikud ning kõrge ärevusega inimestel nõuab ülesannete vahel ümberlülitamine suuremat pingutust. Sellegipoolest leidsid

autorid, et kõrgema ärevustasemega inimestel ei ilmne selle tõttu oluliselt madalamat sooritustulemust. Tähelepanu kontrolli teooria järgi kasutavad kõrgema ärevusega inimesed rohkem kompensatoorseid strateegiaid, nagu suurem pingutus ja töötlusressursside tõhusam kasutamine. Sooritustulemus ei erine ka kõrgema motivatsiooni korral kõrge ja madala ärevusega inimeste vahel. (Eysenck & Derakshan, 2010)

Tähelepanu kontrolli teooria järgi kahjustab ärevus rohkem töötuse kvaliteeti kui soorituse kvaliteeti. Töötuse kvaliteet on suhe soorituse kvaliteedi ja pingutuse või kasutatud ressursside vahel. (Eysenck & Derakshan, 2010) Töötuse kvaliteedi teooria (*Processing Efficiency Theory*, Eysenck & Calvo, 1992, viidatud Eysenck *et al.*, 2007 kaudu) järgi mõjutab soorituse ja töötuse kvaliteeti hetkeärevuse muretsemise komponent – see on mure teiste hinnangu ning negatiivsete tagajärgede pärast. Muretsemine aktiveerub stressirikastes situatsioonides, eriti testimissituatsioonis, hindamisel ja võistluslikes olukordades ning avaldub tõenäolisemalt inimestel, kellel on kõrge püsiaärevus. Muretsemine kasutab töömälu piiratud tähelepanu-ressursse, mis on seetõttu vähem kättesaadavad ülesande töötlemiseks. Muretsemine suurendab aga ka motivatsiooni ja pingutust, mis vähendab ärevuse kahjustavat efekti sooritusele. (Eysenck *et al.*, 2007) Ehk teisiti öeldes, ärevus kahandab tähelepanu kontrolli ning inimeste hinnangut oma võimekusele, kuid muretsemine paneb neid rohkem pingutama nii, et nende sooritus tegelikult ei olegi halvem.

Derryberry ja Reed (2002) toovad välja, et mitmed kognitiivterapeudid on soovitanud madala tähelepanuvõimekusega inimestele tähelepanu kontrolli tugevdavat treeningut. On tõendeid, et tähelepanu treeningust on abi ähvardavalt stiimulilt tähelepanu ärajuhtimisele sotsiaalärevuse puhul (Amir *et al.*, 2009). Obsessiiv-kompulsiivse häire sümptomite korral vähendab tähelepanu ähvardavalt stiimulilt ärajuhtimine selektiivset tähelepanu hirmu tekitavale objektile ning suurendab lähenemist kardetud stiimulile (Najmi & Amir, 2010). Ka farmakoloogias kasutatakse tänapäeval monoamiinergilisi ravimeid, mis toetavad tähelepanuga seotud mehhanisme, vastandina varasemale lähenemisele, mis viis bensodiasepiinide manustamisest tulenenud tähelepanu kahjustamisele ärevushäiretega inimestel. Derryberry ja Reed (2002) toovad välja, et kõrge ärevusega inimeste puhul võiks keskenduda tähelepanu strateegilisele kasutamisele, eriti motivatsioonilistele protsessidele, mis on seotud pingutusega. Ärevushäiretega inimestel, kes oma tähelepanu kontrolli kõrgeks ei hinda, tuleks lisaks tegeleda nende enesekohaste hinnangute tõstmisega oma tähelepanule.

Tähelepanu kontrolli ning Töötluste kvaliteedi teooria kehtivust pole varem kontrollitud ärevushäiretega inimestel. Uuringutes on peamiselt kasutatud üliõpilasi, kes on jaotatud kõrgema ja madalama ärevuse keskmiste tasemetega katsegruppidesse. Sellest tulenevalt on töö autori eesmärgiks selgitada välja ärevushäiretega inimeste enesekohased hinnangud oma tähelepanu ja kontrolli võimekusele ning see, kuidas on enesekohane hinnang seotud tähelepanu tegeliku võimekusega.

Kasutatavad skaalad

Kasutatavad ärevuse, tähelepanu ja kontrolli enesekohased skaalad kuuluvad isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute (*core negative self-evaluations*) küsimustikekomplekti, mis on loodud käesoleva magistritöö juhendaja Aavo Luugi poolt nõ vastandina Judge, Erez, Bono ja Thoreseni (2002) positiivsete tuumikhinnangute komplektile. Esialgsete avaldamata andmete alusel saab väita, et lisaks kasutatud skaalade hinnangutele võiksid komplekti kuuluda veel negatiivse enesehinnangu, psühhopaatilisuse tendentside, impulsiivsuse ja nartsissismi enesekohased hinnangud. Nimetatud enesekohaste hinnangute tulemusena kujuneks negatiivsete tuumikhinnangute koond, mis tõenäoliselt suudaks ennustada inimtegevuse sotsiaalselt vähem aktsepteeritavate omaduste avaldumist. Kõikide skaalade (v.a Ärevuse intensiivsuse analoogskaala) väidetele on võimalik vastata viiepallisel skaalal nullist (vale/ei ole nõus) nelja punktini (õige/täiesti nõus). (Luuk, 2014)

Hetkeärevuse ja ärevusepisoodide sageduse skaalad. Hetkeärevuse ja Ärevuse episoodide sageduse skaalad on tõlgitud *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Grös *et al.*, 2007) skaaladest. Skaalade loomise aluseks oli *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983), mida on laialdaselt uuringutes kasutatud, kuid mida on ka kritiseeritud, sest see mõõtevahend ei erista selgelt ärevuse ja depressiooni sümptomeid (Balon, 2005). STICSA loomisel lähtuti sarnaselt Spielbergeriga hetke- ja püsiärevuse eristatavuse ideestikust ning mõõtevahend jaguneb samuti hetke- ehk seisundiärevuse (*state*) ja püsiärevuse (*trait*), täpsemalt küll ärevusepisoodide esinemissageduse, hindamise skaaladeks. STAI faktoriteks on ärevuse esinemine ja ärevuse puudumine. STICSA jaotab ärevuse sümptomid kognitiivseteks (10 väidet) ja somaatilisteks ehk kehalisteks (11 väidet). Skaala loojad leidsid, et STICSA korreleerus STAI-ga võrreldes kõrgemalt DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995) ärevuse skaala tulemusega ning nõrgemini DASS depressiooni

skaala tulemusega. See viitab STICSA-le kui puhtamale ärevuse sümptomaatika mõõdikule STAI küsimustikuga võrreldes ning eristab paremini ärevuse ja depressiooni sümptomeid. (Grös *et al.*, 2007) Ree, MacLeod, French ja Locke (2008) kinnitavad STICSA mõõtevahendi usaldusväärsust. Eestikeelses Hetkeärevuse ning Ärevusepisoodide skaalades on mõlemas ühesugused 21 enesehinnangulist väidet, mida esitatakse kokku kaks korda. Esimesel korral palutakse hinnata väiteid instruksiooniga “enda kohta praegusel hetkel” (Cronbachi $\alpha = 0,92$) ning teisel korral hinnata väidete “esinemissagedust oma tavalises igapäevaelus” (Cronbachi $\alpha = 0,93$). Avaldamata andmete alusel on võimalik öelda, et STICSA eestikeelne variant jaotub originaalile sarnaselt kahte samasisulisse alaskaalasse. (Luuk, 2014) Van Dam, Gros, Earleywine ja Antony (2013) on näidanud, et STICSA Ärevusepisoodide esinemissageduse skaala kaudu on piisavalt usaldusväärselt võimalik hinnata isiku ärevushäire esinemist.

Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala. Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala (*Visual Analogue Scale for Anxiety* – VAS-A; Hornblow & Kidson, 1976) koosneb 100 mm pikkusest horisontaalsest joonest, millele on märgitud alguspunktiks „ärevuse null“ ja lõpp-punktiks „maksimaalne ärevus“. Skaalale vastajaid instrueeritakse märkima oma praeguse hetke ärevuse taset skaalale püstkriipsuga. (Luuk, 2014) Skaalat on kasutatud operatsioonieelse ärevuse mõõtmiseks (Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl, & Scheidegger, 2000; Millar, Jelcic, Bonke, & Asbury, 1995) ja modifitseeritult valu mõõtmiseks lastel (Bringuier *et al.*, 2009). Antud meetod on valiidne ja muutustele tundlik ärevuse mõõtmise vahend (Luuk, 2014). Ärevuse intensiivsuse analoogskaala tulemus on samaväärne STAI skaala tulemusega (Abend, Dan, Maoz, Raz, & Bar-Haim, 2014 (elektroonne versioon); Bringuier *et al.*, 2009 (laste versioon); Davey, Barratt, Butow, & Deeks, 2007; Kindler *et al.*, 2000; Millar *et al.*, 1995). Ärevuse intensiivsuse analoogskaala nõuab vähe aega täitmiseks, mistõttu on seda lihtsam kasutada uuringutes katseisikute säästmiseks, kordumõõtmistel, kindlates kiireloomulistes situatsioonides (nt operatsioonile minek, esinemisolukorrad jm) ärevuse mõõtmiseks, kus küsimustike täitmiseks pole aega ning samuti ärevuse lihtsaks ja kiireks hindamiseks teraapias. Visuaalset analoogskaalat on võimalik kasutada erinevates vanusegruppides lastel ning võib-olla ka intellektipuudega inimestel, kellel on raskusi küsimustest arusaamisel, madala kognitiivse võimekusega inimestel või eakatel, kellel võib esineda raskusi mitmekümneväitelise küsimustiku täitmisel. Ärevuse intensiivsuse analoogskaala on näidanud head valiidsust ja usaldusväärsust ka elektroonne versioonina (eVAAS; Abend *et al.*, 2014; Van Duinen, Rickelt, & Griez, 2008), mida

saab kasutada erinevate uuringute läbiviimisel hetkeärevuse taseme hindamiseks ning näiteks ärevushäiretega inimeste tähelepanutreeningu läbiviimisel elektroonselt. Uuringutes on uuritavatena üldiselt kasutatud normpopulatsiooni, kelle hulgast on eraldatud madalama ja kõrgema ärevuse või vähemate ja rohkemate ärevushäire sümptomitega inimesed, kuid puuduvad võrdlusuuringud, kus uuritavateks oleksid ärevushäiretega inimesed.

Tähelepanu skaala. Tähelepanu skaala põhineb skaalal *The Attentional Control Scale* (ACS, Derryberry & Reed, 2002). Skaala mõõdab üldist tähelepanu kontrolli, millega korreleeruvad alaskaalad a) võime fokuseerida tähelepanu/hoida tähelepanu ka segavate faktorite korral; b) võime suunata tähelepanu erinevate ülesannete vahel ja c) võime paindlikult kontrollida mõtteid (*"I can become interested in a new topic very quickly when I need to"*) (Derryberry & Reed, 2002; Ólafsson *et al.*, 2011). Eestikeelne tähelepanu skaala sisaldab alaskaalasid: Tähelepanu sisetakistuste alaskaala (5 väidet, Cronbachi $\alpha = 0,74$); Tähelepanu välistakistuste alaskaala (5 väidet, Cronbachi $\alpha = 0,71$); Tähelepanu kontrolli alaskaala (5 väidet, Cronbachi $\alpha = 0,70$). Tähelepanu sisetakistuste alaskaala mõõdab inimese sisemisi segavaid faktoreid (nt kahtlus, hirm, muretsemine, keskendumisraskused, segadus, viha, ärevus jne), mis mõjutavad tähelepanu. Tähelepanu välistakistuste alaskaala mõõdab tähelepanu mõjutavaid väliseid segavaid faktoreid (nt müra, muusika jne). Tähelepanu kontrolli alaskaala mõõdab indiviidi võimet ise kontrollida oma tähelepanu (takistustele vaatamata tahtlikult keskendumine ja pingutamine). (Luuk, 2014)

Kontrolli skaala. Kontrolli skaala sisaldab alaskaalasid: äsja nimetatud Tähelepanu kontrolli alaskaala, Välise kontrolli alaskaala ja Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala. Välise kontrolli alaskaala põhineb Kontrollikeskme teorial („*The Locus of Control Theory*“; Rotter, 1966) ning jaguneb kaheks. Sisemise kontrollikeskme inimesed usuvad, et sündmuste tagajärjed on sõltuvad nende enda kavatsustest ja tegevustest. Välise kontrollikeskme inimesed näevad sündmusi olevat sõltuvuses suuresti välistest jõududest, nagu teised inimesed, juhus, õnn, saatatus või tunduvad need sündmused olevat ennustamatud. Välist kontrollikeset seostatakse ärevusega, sest sündmuste tagajärgede seostamine väliste asjaoludega võib tekitada muretsemist ja ebakindluse tunnet (Cheng, Cheung, Chio, & Chan, 2013). Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala mõõdab indiviidi võimet planeerida oma käitumist (aja arvestamine, distsiplineeritus, ettevaatlikkus, eesmärkide nimel takistuste ületamine). (Luuk, 2014)

Hüpoteesid

1. Eesti keelde tõlgitud ja kohandatud ärevuse, kontrolli ja tähelepanu skaalad on usaldusväärsed ja valiidsed mõõtevahendid hindamaks ärevushäiretega inimeste enesekohast hetkeärevuse taset, ärevusepisoodide sagedust, tähelepanu ja kontrolli võimekust. Ärevuse intensiivsuse analoogskaala mõõdab ärevuse taset sarnaselt Hetkeärevuse skaalale nii kliinilises kui kontrollgrupis.
2. Kasutatud enesekohased hinnanguskaalad eristavad usaldusväärselt ärevushäiretega inimesi kontrollgrupist. Ärevushäiretega isikud hindavad oma hetkeärevuse taset ning ärevusepisoodide sagedust kõrgemaks ning tähelepanu võimekust ja kontrolli madalamaks kui kontrollgruppi kuuluvad isikud.
3. Ärevushäiretega inimesed hindavad isiksuseküsimustikus oma neurootilisust kõrgemaks kui kontrollgrupp. Teistes isiksuseomadustes erinevused puuduvad.
4. Tähelepanu hindamiseks loodud modifitseeritud kodeerimistesti tulemustes ei ole kliinilise ja kontrollgrupi vahel erinevusi.
5. Enesekohane tähelepanuvõimekuse hinnang ennustab tähelepanu kodeerimistesti tulemust – kõrgema enesekohase hinnanguga inimeste tähelepanu kodeerimistesti tulemus on kõrgem kui madalama enesekohase hinnanguga inimeste testi tulemus.
6. Enesekohastes hinnangutes ning tähelepanu kodeerimistesti tulemustes esineb soolisi ning vanuselisi erinevusi. Naised ning vanemad inimesed hindavad oma ärevust kõrgemaks. Samuti on vanemate inimeste enesekohased hinnangud oma tähelepanu võimekusele ja kontrollile madalamad (Tkatšuk, 2012). Madalam on ka vanemate inimeste tähelepanutesti tulemus. Need tulemused esinevad nii kontrollgrupi kui kliinilise grupi uuritavate puhul.

Meetod**Valim**

Uuritavaid on kokku $N = 110$, kellest $n = 55$ isikut kuuluvad kontrollgruppi ning $n = 55$ kliinilisse gruppi. Andmeid koguti kaheaastase perioodi jooksul 01.01.2013-01.01.2015. Kõigi patsientide andmed on kogutud käesoleva töö autori poolt ning enamus kontrollgrupi andmetest juhendajate poolt. Kliinilise grupi andmetest 36,4% ($n = 20$) on kogutud Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliiniku statsionaarsel ravil, 27,3% ($n = 15$) ambulatoorsel ravil ning 36,4% ($n = 20$) Ambromed Kliiniku ambulatoorsel ravil viibivate patsientide seast. Uuringusse kaasati uuritavad

psühhiaatrite poolt, kes hindasid patsientidel olevat ärevushäire hetkel kõige esindavamaks häireks. Kontrollgrupi moodustab patsientidega võrreldes sama suur hulk samast vanusest ja soost ning sarnase haridustasemega inimesi üldpopulatsioonist sobitatud paaride valimi põhimõttel, kes värvati uuringu teostajate poolt mugavusvalimina. Kontrollgrupi uuritavatel ei ole määratud psühhiaatrilist diagnoosi ning nad kinnitasid, et nad ei saa psühhiaatrilist abi. Uuritavad osalesid uuringus vabatahtlikult ning allkirjastasid selleks informeeritud nõusoleku. Mõlemas katsegrupis on naissoost katseisikuid 60,0% ($n = 33$) ning meessoost katseisikuid 40,0% ($n = 22$). Kliinilise grupi uuritavad on vanuses 18-67 eluaastat ($M = 31,65$, $SD = 12,04$) ning kontrollgrupi uuritavad vanuses 19-64 eluaastat ($M = 31,69$, $SD = 11,84$). Kliinilise grupi moodustavad 47,3% põhi- ja keskharidusega ning 52,7% kesk-eri- ja kõrgharidusega inimesed. Kontrollgrupi moodustavad 41,8% põhi- ja keskharidusega ning 58,2% kesk-eri- ja kõrgharidusega inimesed.

Kliinilise grupi isikud hindasid oma ärevushäire kestvust aastates 0,0-34,0 aastat ($M = 6,42$, $SD = 7,30$). Emotsionaalse Enesetunde Küsimustiku (EEK-2) tulemustes olid kliinilise grupi keskmised tulemused statistiliselt oluliselt ($p < 0,001$) kõrgemad kõikidel alaskaaladel ning küsimustiku summaarses kogutulemuses kontrollgrupiga võrreldes (vt. lisa 1). EEK-2 keskmised tulemused kliinilises grupis ületasid piirskoori depressiooni ($>11p$), üldistunud ärevuse ($>11p$), astenia ($>6p$) ning unetuse ($>5p$) alaskaaladel. Keskmise tulemus ei ületanud piirskoori agorafobia ja paanika ($>6p$) ning sotsiaalärevuse ($>3p$) hinnangutel. Kontrollgrupis ei ületanud ühegi alaskaala keskmine tulemus häire piirskoori.

Uuringust jäeti välja isikud ($n = 14$), kellel oli arsti poolt määratud kaasuvaks diagnoosiks orgaaniline kahjustus või psühhootiline häire (psühhiaatri diagnoos või M.I.N.I.5.0.0. intervjuu tulemus) ning isikud, kellelt jäi uuringu tulemuste kogumine pooleli kas uuritavate poolt uurimuse katkestamise või nendega ühenduse katkemise tõttu.

Uurimismetoodika

Ärevushäire ja kaasuvate psühhiaatriliste häirete kindlakstegemiseks kasutati M.I.N.I.5.0.0./Estonian version/DSM-IV intervjuud, mis vastab psüühikahäirete rahvusvahelise klassifikatsiooni nõuetele (RHK-10 ja DSM-IV). Uuringus võeti arvesse ka psühhiaatrite määratud diagnoosid ning patsiendid ise hindasid oma emotsionaalset seisundit Eestis välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikuga EEK-2 (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, & Leinsalu, 1999), mis mõõdab RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite põhjal moodustatud väidetest

koosnevatel alaskaaladel depressiooni, ärevuse, paanika-agorafoobia, sotsiaalärevuse, asteenia ehk väsimuse ja unetuse esinemissagedust. Skaala koondtulemus mõõdab summaarset emotsionaalset häiritust. Koos diagnoosi kontrollimisega koguti andmed uuritavate vanuse, hariduse, perekonna, eelnevate haiguste ja psüühiliste häirete esinemissageduse ning ravimite tarvitamise kohta.

Uuringus kasutati eelpool kirjeldatud enesekohaste hinnangute küsimustikke – Hetkeärevuse skaala, Ärevusepisoodide sageduse skaala, Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala, Tähelepanu skaala ja Kontrolli skaala, mis on loodud, kohandatud ja tõlgitud käesoleva magistritöö juhendaja Aavo Luugi poolt ning millele on leitud esialgsed normid normpopulatsioonil. Samuti täitsid uuritavad EE-PIP-NEO isiksuseküsimustiku (Mõttus, Pullmann, & Allik, 2006). Tähelepanu objektiivseks mõõtmiseks kasutati modifitseeritud kodeerimistesti, milles lisaks kodeerimisülesandele nõutakse testi sooritajalt sümbolite numbriliselt kodeeritud väärtuste paarikaupa liitmist (Luuk, 2014). Küsimustikekomplekt sisaldab ka Enesehinnangu, Sotsiaalse soovitatavuse SDS-17 küsimustikku, Psühhopaatilise alaskaalat, Nartsissismi ja Impulsiivsuse küsimustikke, mille tulemusi käesolevas uuringus lähemalt ei analüüsita, kuid mille võrdlusandmed kliinilise grupi ning kontrollgrupi valimite vahel on toodud töö lisades (vt. lisa 3).

Katse protseduur

Uuringu projekt on heaks kiidetud SA Tartu Ülikooli Kliinikumi poolt (uuring nr 12092) ja uuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (luba 218T-7 ja 225/M-23). Uuritavatele tutvustati katses osalemise võimalust nende psühhiaatri poolt, mille järel allkirjastasid uuritavad nõusolekulehe. Uuringu autor võttis uuritavatega ühendust meili või telefoni teel, et leppida kokku aeg kohtumiseks. Esimesel korral viidi läbi M.I.N.I.5.0.0./Estonian version/DSM-IV intervjuu, enesekohane EEK-2 küsimustik ning taustaandmete kogumiseks vajalik intervjuu. Esmane kohtumine võttis aega 45-60 minutit. Uuritavad täitsid omale sobival ajal ja kohas küsimustikukomplekti kas kirjalikult või elektroonselt. Küsimustikukomplekti täitmine võtab aega keskmiselt 45 minutit. Teisel kohtumisel tagastati küsimustikud ning viidi läbi kodeerimistest tähelepanu mõõtmiseks. Tähelepanu kodeerimistest viidi läbi pärast küsimustike täitmist, et vähendada testi tulemuste mõju enesekohaste küsimustike vastustele. Tähelepanu kodeerimistesti läbiviimine võttis aega 20 minutit. Uuritavatel oli võimalik saada tagasisidet oma tähelepanu mõõtmise ning isiksuseküsimustiku tulemuste kohta.

Tulemused

Andmeid töödeldi andmetöötlusprogrammiga *SPSS 20.0*. Omavahel võrreldi ärevushäiretega inimeste enesekohaste skaalade ning tähelepanu kodeerimistesti tulemusi kontrollgrupi tulemustega, milleks kasutati sõltumatute gruppide *t*-testi. Paaris *t*-testi kasutati erinevate skaalade hinnangute omavaheliseks võrdlemiseks katsegruppide sees. Normaalkaotusele mittevastavate skaalade hinnangute korral kasutati gruppide võrdlemiseks Mann-Whitney *U*-testi. Mitteparameetrilist testi kasutati ka juhul, kui skaalade hinnangute hajuvused ei olnud gruppide lõikes sarnased, mida kontrolliti Levene'i testiga. Korrelatsioonide arvutamiseks kasutati Pearsoni korrelatsiooni (*r*) ning normaaljaotuse puudumisel Spearmani korrelatsiooni (*r_s*). Efekti suuruse näitajaks kasutati Coheni *d* statistikut. Väikeseks efektiks on arvestatud väärtused alates *d* = 0,2, keskmiseks alates *d* = 0,5 ning suureks efektiks väärtused alates *d* = 0,8. Tunnuste ennustusvõime kindlakstegemiseks kasutati lineaarset regressioonanalüüsi.

Ärevuse, tähelepanu ja kontrolli enesekohaste skaalade usaldusväarsus

Kasutatud mõõtevahendite hinnangute keskväärtused ja standardhälbed on kajastatud tabelis (vt. tabel 1). Mõõtevahendite konvergentse valiidsuse hindamiseks viidi läbi samade uuritavate Pearsoni korrelatsioonid ja paaris *t*-test erinevate alaskaalade hinnangute vahel. Skaalade sisemist valiidsust hinnati Cronbachi α kaudu.

Tabel 1.

Ärevuse skaalade, tähelepanu ja kontrolli alaskaalade hinnangute keskväärtused (M) ja standardhälbed (SD) kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaala	Kliiniline grupp			Kontrollgrupp		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ärevuse skaalad						
Ärevuse analoogskaala	55	40,48	25,90	55	17,50	16,87
Hetkeärevus	44	37,87	17,66	48	9,49	10,59
Ärevusepisoodid	55	40,18	13,81	55	13,55	10,37
Tähelepanu alaskaalad						
Sisetakistused	55	11,76	4,45	55	5,95	3,20
Välistakistused	55	13,64	4,08	55	10,67	3,44
Tähelepanu kontroll	55	8,98	3,66	55	12,64	3,26
Kontrolli alaskaalad						
Tähelepanu kontroll	55	8,98	3,66	55	12,64	3,26
Väline kontrollikese	55	9,07	4,36	55	4,95	3,40
Planeerimise tüüpi	55	15,44	3,67	55	15,75	3,12

Märkus: *n* – alavalimi uuritavate arv

Ärevuse skaalade usaldusväärsus ja valiidsus. Ärevuse alaskaalade sisemist valiidsust hinnati kliinilises grupis. Hetkeärevuse 21 väitelise skaala Cronbachi $\alpha = 0,93$ ($n = 51$) ja Ärevusepisoodide sageduse 21 väitelise skaala Cronbachi $\alpha = 0,90$ ($n = 49$) näitab mõlema alaskaala kõrget sisemist valiidsust. Ärevuse intensiivsuse analoogskaala tulemus korreleerus Hetkeärevuse skaala tulemusega kliinilises grupis $r = 0,67$, $p < 0,001$ ning kontrollgrupis $r = 0,59$, $p < 0,001$. Ärevuse intensiivsuse analoogskaala tulemus korreleerus Ärevusepisoodide sageduse alaskaala tulemusega nii kliinilises kui kontrollgrupis ühtemoodi $r = 0,46$, $p < 0,002$. Hetkeärevuse ja Ärevusepisoodide sageduse alaskaalade omavahelised korrelatsioonid olid kliinilises grupis $r = 0,70$, $p < 0,001$ ning kontrollgrupis $r = 0,75$, $p < 0,001$. EEK-2 üldistunud ärevushäire alaskaalaga olid kliinilises grupis kolme ärevuse skaala korrelatsioonid ulatuses $r = 0,56$ – $0,64$, $p < 0,001$ ning kontrollgrupis ulatuses $r = 0,53$ – $0,75$, $p < 0,001$. Ärevuse skaalade konvergentset valiidsust erinevate mõõtevahendite vahel võib korrelatsioonide järgi hinnata heaks.

Paaris t -testi tulemused (vt. tabel 2) näitavad, et kliinilises grupis ei erinenud hinnangud statistiliselt oluliselt ärevusele kolmel kasutatud skaalal, kuid kontrollgrupis erinesid hinnangud statistiliselt oluliselt Ärevuse intensiivsuse analoogskaala ning Hetkeärevuse skaalal ja Hetkeärevuse ning Ärevusepisoodide sageduse skaaladel. Hinnangud ei erinenud Ärevuse intensiivsuse analoogskaala ja Ärevusepisoodide sageduse skaalal. Võib öelda, et kontrollgrupis ei mõõtnud antud skaalad sarnast konstrukti, kuid korrelatsioonide järgi on need omavahel seotud. Kliinilises grupis mõõtsid kolm ärevuse skaalat sarnast konstrukti.

Tähelepanu ja kontrolli skaalade usaldusväärsus ja valiidsus. Tähelepanu alaskaalad korreleerusid omavahel ulatuses $r = 0,54$ – $0,59$, $p < 0,01$ kliinilises grupis ning $r = 0,42$ – $0,56$, $p < 0,01$ kontrollgrupis (vt. tabel 3). Kontrolli skaalade omavahelised korrelatsioonid olid nõrgemad. Paaris t -testi tulemused (vt. tabel 2) näitavad, et nii kliinilises kui kontrollgrupis erinesid hinnangud kõikidele Tähelepanu alaskaaladele. Kontrolli alaskaaladel erinesid kõik kontrollgrupi hinnangud, kliinilises grupis ei erinenud hinnangud Tähelepanu kontrolli ja Välise kontrollikeskme alaskaaladel. Töös võrreldakse edaspidi jätkuvalt alaskaalade tulemusi, mitte nende summaarset tulemust skaalade hinnangute erinevuse tõttu.

Tabel 2.

Ärevuse skaalade, tähelepanu ja kontrolli alaskaalade hinnangute paaris t-testi statistikud kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaalad	Kliiniline grupp			Kontrollgrupp		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ärevuse skaalad						
Analoogskaala – Hetkeärevus	0,75	0,460	0,12	3,90	0,001	0,57
Analoogskaala – Ärevusepisoodid	-0,10	0,922	0,01	1,79	0,080	0,28
Ärevusepisoodid – Hetkeärevus	1,36	0,180	0,15	4,09	0,001	0,39
Tähelepanu alaskaalad						
Sisetakistused – Välistakistused	-3,48	0,001	-0,44	-9,79	0,001	-1,42
Sisetakistused – TP kontroll	2,85	0,006	0,68	-8,70	0,001	-2,07
TP kontroll – Välistakistused	-5,07	0,001	-1,16	2,52	0,015	0,59
Kontrolli alaskaalad						
TP kontroll – Kontrollikese	-0,11	0,916	-0,02	10,96	0,001	2,31
TP kontroll – Planeerimise tüüpi	-11,57	0,001	-1,76	-6,48	0,001	-0,97
Planeerimise tüüpi – Kontrollikese	7,91	0,001	1,58	15,16	0,001	3,31

Märkus: *t* – *t*-statistik, *p* – olulisuse tõenäosus, *d* – efekti suurus; vabadusastmete arv *df* = 54 (v.a Analoogskaala võrdlustes kliinilises grupis *df* = 43 ja kontrollgrupis *df* = 47); Poolpaksus kirjas on märgitud statistiliselt olulised tulemused.

Tabel 3.

Pearsoni korrelatsioonid (r) tähelepanu ning kontrolli alaskaalade hinnangute vahel.

Grupp	Skaala	Sise-takistused	Väli-takistused	TP kontroll	Kontrolli-kese	Planeerimise tüüpi
Kliiniline (<i>n</i> = 55)	Sisetakistused	1				
	Välistakistused	0,56**	1			
	Tähelepanu kontroll	-0,59**	-0,54**	1		
	Väline kontrollikese	0,38**	0,44**	-0,24	1	
	Planeerimise tüüpi kontroll	-0,09	-0,19	0,36**	-0,10	1
Kontroll (<i>n</i> = 55)	Sisetakistused	1				
	Välistakistused	0,42**	1			
	Tähelepanu kontroll	-0,56**	-0,49**	1		
	Väline kontrollikese	0,42**	0,26	-0,22	1	
	Planeerimise tüüpi kontroll	-0,26	-0,07	0,38**	-0,31	1

Märkus: *n* – alavalimi uuritavate arv; ** Korrelatsioon on statistiliselt oluline *p* < 0,01.

Kliinilise ja kontrollgrupi hinnangute ning testitulemuste võrdlused

Ärevuse, tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangute võrdlus. Kliinilise ning kontrollgrupi enesekohaste hinnangute keskmiste väärtuste võrdlemiseks viidi läbi sõltumatute gruppide *t*-test ning mitteparameetiline Mann-Whitney *U*-test. Kliiniline grupp hindas Hetkeärevust ning Ärevusepisoodide esinemise sagedust statistiliselt oluliselt kõrgemaks ning

märkis ärevuse taseme statistiliselt oluliselt kõrgemalt Ärevuse intensiivsuse analoogskaalal kui kontrollgrupp (vt. tabel 4). Tähelepanu sise- ja välistakistusi hindavatel Tähelepanu alaskaaladel olid kliinilisel grupil statistiliselt oluliselt kõrgemad tulemused võrreldes kontrollgrupiga, mis näitavad, et kliinilises grupis hindasid uuritavad endal esinevat rohkem tähelepanu mõjutavaid sisemisi ning välimisi faktoreid. Tähelepanu kontrolli alaskaalal, mis kuulub nii Tähelepanu kui Kontrolli skaala hulka, oli kliinilisel grupil statistiliselt oluliselt madalam tulemus, mis tähendab, et kontrollgrupis usuti, et neil on rohkem võimalik ise kontrollida oma tähelepanu suunamist. Teistest Kontrolli alaskaaladest oli kliinilisel grupil statistiliselt oluliselt kõrgem tulemus Välise kontrollikeskme skaalal, mis näitab, et kliinilise grupis usuti rohkem sündmuste kontrollimise võimetusse. Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaalal statistiliselt olulist erinevust ei esinenud – mõlemad grupid hindasid sarnaselt oma võimet planeerida käitumist situatsiooni põhjal.

Tabel 4.

Ärevuse skaalade, tähelepanu ja kontrolli alaskaalade hinnangute Levene'i testi ja t-testi statistikud ning Mann-Whitney U-testi statistikud, kui parameetrilise testi eeldused olid täitmata, kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaala	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ärevuse skaalad								
Analoogskaala	13,53	0,001	-	90	-	472,00	0,001	1,05
Hetkeärevus	17,66	0,001	-	108	-	257,00	0,001	1,95
Ärevusepisoodid	2,70	0,103	11,44	108	0,001	-	-	2,18
Tähelepanu alaskaalad								
Sisetakistused	8,55	0,004	-	108	-	449,00	0,001	1,50
Välistakistused	0,17	0,678	4,12	108	0,001	-	-	0,79
Tähelepanu kontroll	0,35	0,554	-5,53	108	0,001	-	-	-1,06
Kontrolli alaskaalad								
Tähelepanu kontroll	0,35	0,554	-5,53	108	0,001	-	-	-1,06
Väline kontrollikese	2,38	0,125	5,53	108	0,001	-	-	1,05
Planeerimise tüüpi	0,17	0,684	-0,48	108	0,635	-	-	-0,09

Märkus: *F* – Levene'i testi statistik, *p* – olulisuse tõenäosus, *t* – *t*-statistik, *df* – vabadusastmete arv, *U* – Mann-Whitney *U*-statistik, *d* – efekti suurus; Poolpaksus kirjas märgitud statistiliselt olulised statistikud.

Isiksuseomaduste võrdlus. Isiksuseküsimustikus olid kliinilise grupi keskmised tulemused statistiliselt oluliselt kõrgemad Neurootilisuse skaalal (vt. lisa 1). Kliinilise grupi keskmised tulemused olid statistiliselt oluliselt madalamad kontrollgrupi tulemustest Ekstravertsuse ja Avatuse skaaladel. Sotsiaalsuse ja Meelekindluse skaaladel ei esinenud statistiliselt olulist erinevust gruppide keskmiste tulemuste vahel.

Tähelepanu modifitseeritud kodeerimistesti tulemuste võrdlus. Tähelepanu mõõtvast modifitseeritud kodeerimistestis olid kliinilise grupi õigete ja testi koguvastuste arv statistiliselt oluliselt madalamad kui kontrollgrupil (vt. tabel 5). Testi valede vastuste arvu osas erinevust ei esinenud. Kliinilise grupi uuritavad tegid arvuliselt sama palju vigu kui kontrollgrupi uuritavad, kuid jõudsid sama ajaga vähem õigeid vastuseid anda.

Tabel 5.

Tähelepanu kodeerimistesti tulemuste keskväärtused (M), standardhälbed (SD), Levene'i testi ja t-testi statistikud ning Mann-Whitney U-testi statistikud, kui parameetrilise testi eeldused olid täitmata, kliinilises ja kontrollgrupis.

Vastused	Kliiniline		Kontroll		F	p	t	p	U	p	d
	M	SD	M	SD							
Õiged	58,00	24,59	79,24	25,78	1,67	0,199	-3,93	0,001	-	-	-0,84
Valed	6,89	5,63	8,37	6,41	-	-	-	-	1283,00	0,443	-0,25
Kokku	64,89	25,13	87,61	23,36	0,73	0,395	-4,47	0,001	-	-	-0,94

Märkus: F – Levene'i testi statistik, p – olulisuse tõenäosus, t – t-statistik, U – Mann-Whitney U-statistik, d – efekti suurus; alavalimite uuritavate arv $n = 54$, vabadusastmete arv $df = 104$; Poolpaksus kirjas on märgitud statistiliselt olulised statistikud.

Enesekohase tähelepanu ja kontrolli hinnangu seos tähelepanu kodeerimistesti tulemusega. Korrelatsioonid enesekohaste tähelepanu alaskaalade hinnangute ning tähelepanu kodeerimistesti õigete, valede ja koguvastuste vahel kliinilises ja kontrollgrupis on esitatud tabelis (vt. tabel 6). Korrelatsioonid ei olnud statistiliselt olulised alaskaalade ning kodeerimistesti tulemuste vahel peale kontrollgrupi Tähelepanu sisetakistuste ja kodeerimistesti õigete vastuste arvu vahel. Kontrollimaks, kas Tähelepanu sisetakistuste alaskaala hinnang ennustab kontrollgrupis tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste arvu, viidi läbi lineaarne regressioonanalüüs, mille sõltuvaks tunnuseks oli kodeerimistesti õigete vastuste arv ning sõltumatuks tunnuseks Tähelepanu sisetakistuste alaskaala hinnang. Regressioonimudeli järgi ennustas Tähelepanu sisetakistuste enesekohane hinnang ($t = -2,13$, $p = 0,038$, $\beta = -0,28$) negatiivselt 8% tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste tulemusest ($F(1, 52) = 4,53$, $p = 0,038$) ehk kõrgem tähelepanu sisetakistuste enesekohane hinnang ennustas madalamat tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste arvu kontrollgrupis.

Tabel 6.

Pearsoni (r) ja Spearmani (r_s) korrelatsioonid tähelepanu enesekohaste hinnangute ning kodeerimistesti õigete, valede ja koguvastuste keskmiste arvude vahel kliinilises ja kontrollgrupis.

Alaskaalad	Kliiniline grupp			Kontrollgrupp		
	Õiged	Valed	Kogu	Õiged	Valed	Kogu
Tähelepanu sisetakistused	-0,09	0,13 ^a	-0,04	-0,28*	0,21	-0,26
Tähelepanu välistakistused	-0,20	0,21 ^a	-0,14	-0,19	0,07	-0,19
Tähelepanu kontroll	-0,06	-0,09 ^a	-0,08	0,13	-0,02	0,14
Väline kontrollikese	-0,23	0,22 ^a	-0,14	-0,11	0,11	-0,09
Planeerimise tüüpi kontroll	0,10	-0,05 ^a	0,08	0,10	-0,22	0,04

Märkus: * Statistiliselt oluline $p < 0,05$; ^a Spearmani (r_s) korrelatsioon

Sugudevaheline võrdlus. Sugudevahelisi erinevusi ei esinenud kliinilises ega kontrollgrupis ärevuse, tähelepanu ega kontrolli skaaladel, välja arvatud kliinilises grupis Tähelepanu kontrolli alaskaalal, millel naised hindasid oma tähelepanu kontrolli statistiliselt oluliselt madalamaks kui mehed (vt. lisa 2). Tähelepanu kodeerimistesti tulemustes puudusid soolised erinevused.

Vanuseline võrdlus. Uuritavate vanuse ja enesekohaste hinnangute ning tähelepanu kodeerimistesti tulemuste vahel olid statistiliselt olulised korrelatsioonid kliinilises grupis vanuse ja Tähelepanu sisetakistuste alaskaala $r = -0,30$, $p = 0,025$, tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste arvu $r = -0,43$, $p = 0,001$ ning koguvastuste arvu vahel $r = -0,41$, $p = 0,003$. Kontrollgrupis olid statistiliselt olulised korrelatsioonid vanuse ja tähelepanu kodeerimistesti valede vastuste $r_s = 0,45$, $p = 0,001$, õigete vastuste $r = 0,31$, $p = 0,022$ ning Hetkeärevuse skaala hinnangu $r = -0,32$, $p = 0,018$ vahel. See tähendab, et vanuse kasvades alanesid kliinilises grupis kodeerimistesti õigete ja koguvastuste arv ning vähenes hinnang esinevatele sisetakistustele. Kontrollgrupis alanesid õigete vastuste hulk ning suurenes valede vastuste hulk ja alanes hinnang hetkeärevusele. Neid tunnuseid ükshaaval regressioonimudelisse pannes, ennustas vanus kliinilises grupis negatiivselt 18% tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste tulemusest ja 16% koguvastuste tulemusest ning kontrollgrupis 10% õigete vastuste tulemusest (vt. tabel 7). Kontrollgrupis ennustas vanus 25% tähelepanu kodeerimistesti valede vastuste arvust. Lisaks ennustas vanus kliinilises grupis negatiivselt 9% Tähelepanu sisetakistuste hinnangust ning kontrollgrupis negatiivselt 10% Hetkeärevuse enesekohase hinnangu tulemusest ehk vanuse kasvades hinnangud neis skaalades langesid. Uuringu hüpoteesidest sõltumatult kontrolliti, kas ärevushäiretega inimeste ärevushäire kestvus on seotud enesekohaste hinnangutega, arvestades,

et vanuse ja ärevushäire kestvuse vaheline korrelatsioon oli mõõdukas ($r = 0,30$, $p = 0,032$). Uuritavate hinnang oma ärevushäire kestvusele aastates ei olnud siiski korreleeritud enesekohaste hinnangutega ($p > 0,05$).

Tabel 7.

Lineaarse regressioonanalüüsi statistikud (sõltumatu muutuja: vanus) kliinilises ja kontrollgrupis.

Grupp	Sõltuv muutuja	R^2	B	t	β	F	$df1$	$df2$	p
Kliiniline	TP sisetakistused	0,09	-0,11	-2,30	-0,30	5,28	1	53	0,025
	Õiged vastused	0,18	-0,73	-3,36	-0,43	11,30	1	50	0,001
	Koguvastused	0,16	-0,67	-3,13	-0,41	9,82	1	50	0,003
Kontroll	Hetkeärevus	0,10	-0,28	-2,44	-0,32	5,96	1	53	0,018
	Õiged vastused	0,10	-0,67	-2,36	-0,31	5,59	1	52	0,022
	Valed vastused	0,25	0,93	4,13	0,50	17,08	1	52	0,001

Märkus: R^2 – determinatsioonikordaja, B – kordaja, t – t-statistik, β – standardiseeritud kordaja, F – F -statistik, $df1$, $df2$ – vabadusastmete arvud, p – olulisuse tõenäosus; Poolpaksus kirjas on märgitud statistiliselt olulised tulemused.

Arutelu ja järeldused

Käesolevast uuringust selgus, et eesti keelde tõlgitud ja kohandatud Hetkeärevuse ning Ärevusepisoodide sageduse skaalad ja Ärevuse intensiivsuse analoogskaala sobivad ärevuse hindamiseks ärevushäiretega inimestel. Skaalade sisemine valiidsus on kõrge, mis läheb kokku varasemate tulemustega normpopulatsioonil. Kliinilises grupis vastasid uuritavad skaaladele sarnaselt ning skaalade hinnangute omavahelised seosed olid mõõdukad kuni tugevad. Ärevuse skaalade hinnangute seos EEK-2 üldistunud ärevushäire alaskaala hinnanguga oli mõõdukas, mille järgi võib skaalade konvergentset valiidsust erinevate mõõtevahendite vahel heaks pidada, arvestades, et üldistunud ärevushäire alaskaala mõõdab konkreetsemat ärevuse sümptomaatikat kui töös uuritud ärevuse skaalad. Kontrollgrupis olid ärevuse skaalade hinnangud omavahel seotud, kuid mitte sarnased. Erinevus esines just Hetkeärevuse skaala hinnangutes võrreldes teiste ärevuse skaaladega. Kontrollgrupis hindasid uuritavad oma hetkeärevust madalamalt, kuid varasemate ärevusepisoodide sagedusi kõrgemaks. Elu jooksul esineb paljudel inimestel kõrge ärevusega seotud olukordi, mille kohta saab antud küsimustikus vastuse anda ilma, et hetkel kõrget ärevust esineks. Kontrollgrupis ei olnud hinnangud aga samasugused Ärevuse intensiivsuse analoogskaala ja Hetkeärevuse skaala vahel, mis võiksid sarnast konstrukti mõõta, nagu see ilmnes kliinilise grupi puhul. Hetkeärevuse skaala väited on väga konkreetsed kehalised

ning kognitiivsed ärevuse väljendused, mille esinemist on lihtne endal kontrollida ning madalama kui kliinilise ärevuse taseme korral ei pruugi uuritavad tunda end väidetele sarnaselt. Ärevuse intensiivsuse analoogskaalal on võimalik väljendada ka madalamat ärevuse taset, näiteks testimissituatsioonis esinevat hetkeärevust, mille puhul võib inimese ärevuse tase erineda tavaolukorrast. Hetkeärevuse skaala hindab rohkem aga ärevushäirete sümptomite esinemist, mis võib seletada kontrollgrupi hinnangute erinevust kahe skaala vahel. Esimene hüpotees sai kinnitust selles osas, et kasutatud ärevuse mõõtevahendid töötavad ärevushäiretega inimestel. Ärevuse intensiivsuse analoogskaala ning Hetkeärevuse skaala hindavad ärevust sarnaselt ärevushäiretega inimestel, kuid mitte kontrollgrupis. Skaalade faktorstruktuuri kindlakstegemiseks ning tulemuste kinnitamiseks on vaja kasutada skaalasid suurema valimi ärevushäiretega ning kontrollgruppi kuuluvate inimeste peal.

Samade isikute tähelepanu ja kontrolli alaskaalade enesekohased hinnangud erinesid nii kliinilises kui kontrollgrupis, mis viitab sellele, et skaalad mõõdavad erinevaid konstrukte. Faktorstruktuuri, usaldusvääruse ja valiidsuse kinnitamiseks on vaja suuremat andmehulka. Kliinilises grupis ei olnud erinevust Tähelepanu kontrolli ja Välise kontrollikeskme alaskaaladel, mis peaksid ka sisu poolest mõõtma sarnaseid konstrukte – võimet ise kontrollida oma tähelepanu ja toimuvaid sündmusi. Antud sarnasus ei tulnud välja aga kontrollgrupis. Käesolevas uuringus võib erinevuste põhjuseks olla väike uuritavate hulk kahes võrdlusgrupis.

Kasutatud ärevuse, tähelepanu ja kontrolli skaalad eristasid ärevushäiretega inimesi kontrollgrupist, välja arvatud Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala. Mainitud alaskaala mõõdab isiku võimet planeerida oma käitumist, mille hulka kuuluvad näiteks aja arvestamine, distsiplineeritus ja ettevaatlikkus, mis võiks sisu poolest olla sarnane isiksuseküsimumstiku Meelekindluse skaalaga, milles samuti gruppide vahel erinevusi ei esinenud. Antud valimi puhul olid Planeerimise tüüpi kontrolli ja Meelekindluse skaala hinnangud ka statistiliselt oluliselt sarnased ja mõõdukalt seotud, mida käesolevas töös täpsemalt välja ei tooda, kuid mida võiks edaspidistes Kontrolli skaalaga seotud uuringutes arvestada. Teiste alaskaalade osas leidis teine hüpotees kinnitust – enesekohased skaalad eristasid edukalt ärevushäiretega inimesi kontrollgrupist.

Kolmas hüpotees sai kinnitust neurootilisuse osas – ärevushäiretega inimestel oli kontrollgrupiga võrreldes kõrgem skoor neurootilisuse skaalal. Lisaks ilmnes, et kliinilisel grupil oli madalam ekstravertsus ja avatus. Varasemad uuringute tulemused ütlevad, et ärevushäiretega

inimestel on kõrgem vaid neurootilisus ning depressiooni puhul on uuritavatel ka madalam ekstravertsus ja meelekindlus. Avatus ja sotsiaalsus ei ole varasemalt ei ärevusega meeleoluhäiretega seotud olnud. Mainitud erinevused võivad andmehulga suurenemisel väheneda. Depressiooni kontrolli alla võtmiseks nii isiksuseomaduste kui ärevuse, tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangute võrdluses on võimalik kasutada näiteks analüüsi MANCOVA (*multivariate analysis of covariance*), mida antud uuringus ei olnud meetodi eelduste mittetäitumise tõttu võimalik kasutada. Suuremal valimil võiks antud meetod sobivaks osutada.

Modifitseeritud kodeerimistestis tähelepanu mõõtmiseks ilmnisid erinevused kliinilise ja kontrollgrupi õigete ja koguvastuste arvude vahel, kuid mitte valede vastuste arvus. Kliinilise grupi uuritavad tegid arvuliselt sama palju vigu kui kontrollgrupi uuritavad, kuid jõudsid sama ajaga vähem õigeid vastuseid anda. Antud ärevushäiretega inimeste valim ei kinnitanud varasemat tulemust, et kõrgema ärevusega inimesed saavad tähelepanu ülesandega sama hästi hakkama kui madalama ärevusega inimesed. Tegemist võib olla ärevushäirete eripäraga, sest varasemalt on uuritud vaid kõrgema ärevuse tasemega isikuid. Ärevushäiretega inimeste puhul võib nende tähelepanu võimekus olla ärevuse poolt teisiti mõjutatud. Valede vastuste hulgas polnud gruppide vahel erinevusi, kuid võib arvata, et kui ärevushäiretega inimesed oleksid kokku sooritanud sama palju tehteid kui jõudsid kontrollgrupi omad, oleks ka valede vastuste hulk proportsionaalselt kõrgem olnud. Sellega ei saanud neljas hüpotees kinnitust. Kontrollgrupis ennustas kõrgem tähelepanu sisetakistuste enesekohane hinnang madalamat tähelepanu kodeerimistesti õigete vastuste arvu, kuid mitte kliinilises grupis. Teiste alaskaalade puhul ei olnud enesekohane tähelepanu ja kontrolli hinnang seotud tegeliku tähelepanu võimekusega. Sellega ei saanud viies hüpotees kinnitust.

Antud valimi puhul ei esinenud soolisi erinevusi ärevuse, tähelepanu ega kontrolli skaaladel, välja arvatud kliinilises grupis Tähelepanu kontrolli alaskaalal, millel naised hindasid oma tähelepanu kontrolli statistiliselt oluliselt madalamaks kui mehed. Tähelepanu kodeerimistesti tulemustes puudusid soolised erinevused ehk naised ja mehed täitsid tähelepanu testi ühesuguse produktiivsuse ja keskmise vigade arvuga nii kliinilises kui kontrollgrupis. Vanusel esines kliinilises grupis seos tähelepanu sisetakistuste vähenemise, tähelepanu kodeerimistesti õigete ning koguvastuste arvu vähenemisega. Kontrollgrupis tõusid vanuse kasvades kodeerimistesti valede vastuste ning langesid õigete vastuste hulk ja vähenes hetkeärevuse tase. Kuna ärevushäire kestvusel ei olnud seost kodeerimistesti tulemustega, siis

võib saadud tulemusi pidadagi vanusega kaasnevateks võimete languseks. Tulemused ei kinnitanud varasemaid tulemusi (Tkatšuk, 2012) – vanuse kasvades ei hinnatud oma ärevust kõrgemaks ega tähelepanu ning kontrolli võimekust madalamaks. Hüpotees sai kinnitust tegeliku tähelepanu võimekuse osas – vanematel inimestel olid tähelepanu kodeerimistestis madalamad tulemused.

Võimalikud järgnevad uuringud

Käesoleva uuringu tulemuste kinnitamiseks ja kontrollimiseks on vajalik suurema andmehulga kogumine. Uuritavate hulga suurendamiseks ning väljalangemise vähendamiseks on soovitatav kasutada lühemat testikomplekti ning võimalusel integreerida uuringus osalemine raviprotsessi näiteks vahehindamise kujul. See võiks suurendada uuritavate motiveeritust uuringust osavõtmiseks ning selle läbimiseks ja mitte katkestamiseks. Tihe koostöö raviarsti või psühholoogiga võiks suurendada võimalust, et patsiendiga on võimalik uuesti kohtuda. Suurem andmehulk on vajalik nii skaalade faktorstruktuuri kontrollimiseks kui ka saadud tulemuste usaldusväärsuse kinnitamiseks.

Tähelepanutesti läbiviimise järel võiks kasutada lühikest järelküsimustikku, mis annaks informatsiooni testi täitmiseks kasutatud strateegiate ning ilmnunud probleemide kohta. Antud uuringus küsiti kõikide kliinilisse gruppi kuuluvate uuritavate käest, kas ja mis valmistas neile tähelepanu kodeerimistesti täitmisel raskusi. See andis informatsiooni, millised testi osad olid uuritavate jaoks keerulised, millised välised segavad faktorid esinesid ning mis suurendas uuritavate ärevust testi ajal. Kontrollgrupi uuritavatelt küsiti tähelepanu testi täitmise kohta tagasisidet uuringu läbiviija poolt vaid osadel juhtudel, kuna see ei olnud esialgu eesmärgiks. Tagasiside küsimine annaks informatsiooni tähelepanu väliste ja sisemiste takistuste kohta, millega on võimalik kontrollida Tähelepanu kontrolli skaala usaldusväärsust.

Tähelepanu ja kontrolli raskuste uurimisel tuleks keskenduda rohkem kliinilisele valimile, kelle puhul võib uuringu tulemustest ka praktilist kasu saada erinevate häirete ravis. Lisaks ärevushäiretele võib tähelepanu raskusi esineda ka teiste häirete puhul. Derryberry ja Reed (2002) on välja toonud depressiooni ja impulsiivsusega seotud häired, mida tasuks uuringutesse kaasata.

Tänuavaldused

Soovin tänada töö juhendajaid Aavo ja Kersti Luuki, tänu kellele sai võimalikuks niivõrd spetsiifilise uuringu andmete kogumine ning küsimustike kasutamine. Samuti soovin tänada Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku ja Ambromed Kliiniku psühholooge ja psühhiaatreid, kes suunasid oma patsiente käesolevasse uuringusse ning abistavat haiglapersonali. Eriline tänu isikutele, kes olid nõus uuringust osa võtma.

Kirjanduse loetelu

- Abend, R., Dan, O., Maoz, K., Raz, S., & Bar-Haim, Y. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 447-453.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Amir, N., Beard, C., Taylor, C. T., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M., & Chen, X. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized Controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 961-973.
- Balon, R. (2005). Measuring anxiety: Are we getting what we need? Research Review. *Depression and Anxiety*, 22, 1-10.
- Bringuier, S., Dadure, C., Raux, O., Dubois, A., Picot, M.-C., & Capdevila, X. (2009). The perioperative validity of the Visual Analog Anxiety Scale in Children: A discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. *Anesthesia & Analgesia*, 3, 737-744.
- Cheng, C., Cheung, S., Chio, J. H., & Chan, M. S. (2013). Cultural meaning of perceived control: A meta-analysis of Locus of Control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 152-188.
- Davey, H. M., Barratt, A. L., Butow, P. N., & Deeks, J. J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 356-360.
- Derakshan, N., & Eysenck, M. W. (2009). Anxiety, Processing Efficiency, and Cognitive Performance. *European Psychologist*, 14 (2), 168-176. doi: 10.1027/1016-9040.14.2.168
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by Attentional Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 225-236.
- Van Duinen, M., Rickelt, J., & Griez, E. (2008). Validation of the electronic Visual Analogue Scale of Anxiety. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 1045-1047.
- Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.

- Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (2010). New perspectives in attentional control theory. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2010.08.019
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional Control Theory. *Emotion*, 7 (2), 336-353.
- Grös, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19 (4), 369-381.
- Hornblow, A. R., & Kidson, M. A. (1976). The Visual Analogue Scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 339-341.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, Locus of Control, and generalized Self-Efficacy indicators of a Common Core Construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693-710.
- Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., & Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 644-650.
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90, 706-712.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Luuk, A. (2014). Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute laiendatud küsimustikekomplekt isiksuse negatiivse emotsionaalsuse hindamiseks. *Avaldamata käsikiri*. Osaliselt avaldatud Tkatšuk (2012) seminaritöös.
- Millar, K., Jelcic, M., Bonke, B., & Asbury, A., J. (1995). Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *British Journal of Anaesthesia*, 74, 180-183.
- Muris, P., de Jong, P. J., & Engelen, S. (2004). Relationships between neuroticism, attentional control, and anxiety disorders symptoms in non-clinical children. *Personality and Individual Differences*, 37, 789-797.

- Muris, P., Mayer, B., van Lint, C., & Hofman, S. (2008). Attentional control and psychopathological symptoms in children. *Personality and Individual Differences*, 44, 1495-1505.
- Muris, P., van der Pennen, E., Sigmond, R., & Mayer, B. (2008). Symptoms of anxiety, depression, and aggression in non-clinical children: Relationships with self-report and performance-based measures of Attention and Effortful Control. *Child Psychiatry & Human Development*, 39, 455-467.
- Möttus, R., Pullmann, H., & Allik, J. (2006). Toward more readable Big Five Personality Inventories. *European Journal of Psychological Assessment*, 22 (3), 149-157.
- Najmi, S., & Amir, N. (2010). The effect of attention training on a behavioral test of contamination fears in individuals with subclinical obsessive-compulsive symptoms, *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 136-142.
- Ólafsson, R. P., Smjri, J., Gušmundsdóttir, F., Ólafsdóttir, G., Haršardóttir, H. L., & Einarsson, S. M. (2011). Self reporter attentional control with the Attentional Control Scale: Factor structure and relationship with symptoms of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 777-782.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 313-332.
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2005). A comparison of attentional biases and memory biases in women with social phobia and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (1), 62-74.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Tervise Arengu Instituut. (2014) Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Kättesaadav aadressil: <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/statfile2.asp>

- Tkatšuk, A. (2012). Self-evaluations of selected executive functions in two age group samples. Seminaritöö, Tartu Ülikool. Tartu.
- Van Dam, N. T., Gros, D. F., Earleywine, M., & Antony, M. M. (2013). Establishing a trait anxiety threshold that signals likelihood of anxiety disorders. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 26(1), 70-86.
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(406), 14-23.

Lisa 1

EEK-2 ja isiksuseküsimumstiku põhi- ja alaskaalade keskväärtused (M), standardhälbed (SD), Levene'i testi (F -statistik) ja t -testi statistikud (t) ning Mann-Whitney U -testi statistikud (U), kui parameetrilise testi eeldused olid täitmata, kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaala	Kliiniline		Kontroll		d	F	p	t	p	U	p
	M	SD	M	SD							
Depressioon	16,60	8,09	5,75	4,30	1,67	30,22	0,001	-	-	389,00	0,001
Üldistunud ärevus	14,22	4,76	5,65	3,58	2,03	3,44	0,066	10,67	0,001	-	-
Sotsiaälärevus	2,87	2,69	0,84	1,01	1,00	52,92	0,001	-	-	812,00	0,001
Paanika-agraf.	4,82	3,94	0,42	0,90	1,54	-	-	-	-	352,00	0,001
Asteenial	10,00	3,71	5,33	3,24	1,34	0,24	0,624	7,04	0,001	-	-
Unetus	6,82	3,75	2,53	2,77	1,30	-	-	-	-	542,50	0,001
Kokku	55,33	20,65	20,51	11,86	2,07	18,67	0,001	-	-	221,50	0,001
Neurootilisus	110,78	28,52	56,87	26,96	1,94	0,01	0,957	10,19	0,001	-	-
Ärevus	23,64	5,84	13,04	6,49	1,72	-	-	-	-	349,50	0,001
Viha	16,18	7,42	8,20	6,10	1,17	3,38	0,069	6,16	0,001	-	-
Masendus	19,35	6,65	6,64	5,69	2,05	1,56	0,215	10,77	0,001	-	-
Ujedus	19,64	5,55	10,71	5,23	1,66	0,33	0,565	8,69	0,001	-	-
Liialdamine	16,24	5,58	11,18	5,64	0,90	0,33	0,567	4,72	0,001	-	-
Abitus	15,75	6,75	7,11	3,84	1,57	8,73	0,004	-	-	380,00	0,001
Ekstravertsus	79,98	28,76	111,44	20,74	-1,25	12,21	0,001	-	-	537,00	0,001
Sõbralikkus	14,93	7,41	22,45	4,92	-1,20	9,71	0,002	-	-	612,00	0,001
Seltsivus	12,73	5,82	15,69	5,50	-0,52	0,81	0,370	-2,75	0,007	-	-
Kehtestavus	12,64	6,13	17,15	5,17	-0,80	2,17	0,143	-4,17	0,001	-	-
Aktiivsus	14,55	6,00	18,56	5,28	-0,71	1,12	0,292	-3,73	0,001	-	-
Elamustejanu	12,49	6,15	15,75	5,64	-0,55	0,19	0,668	-2,89	0,005	-	-
Rõõmsameelsus	12,65	6,97	21,84	5,24	-1,49	6,30	0,014	-	-	449,50	0,001
Avatus	120,16	18,13	132,71	17,57	-0,70	0,02	0,877	-3,69	0,001	-	-
Kujutlusvõime	22,35	6,63	22,44	5,64	-0,01	1,99	0,161	-0,07	0,938	-	-
Kunst. huvid	21,02	5,41	24,38	5,26	-0,63	0,10	0,755	-3,31	0,001	-	-
Tundelisus	22,31	4,88	21,96	6,07	0,06	3,49	0,064	0,33	0,743	-	-
Vahelduseiha	14,56	4,70	18,44	3,74	-0,91	3,04	0,084	-4,78	0,001	-	-
Intellektuaalsus	19,16	5,39	24,38	3,85	-1,11	2,87	0,093	-5,84	0,001	-	-
Avatus väärtust.	20,76	4,06	21,11	4,10	-0,09	0,01	0,999	-0,44	0,658	-	-
Sotsiaalsus	123,58	21,30	128,58	19,29	-0,25	0,17	0,682	-1,29	0,200	-	-
Usaldus	16,42	6,96	22,40	5,21	-0,97	4,92	0,029	-	-	729,00	0,001
Kõlbelisus	22,87	5,59	23,82	5,63	-0,17	0,01	0,912	-0,88	0,379	-	-
Omakasupüüd	22,20	4,84	22,42	4,15	-0,05	-	-	-	-	1500,50	0,943
Lepikkus	20,89	4,26	21,09	3,76	-0,05	1,01	0,316	-0,26	0,795	-	-
Tagasihoidlikk.	19,09	5,41	16,13	5,46	0,54	0,04	0,838	2,86	0,005	-	-
Kaastundlikkus	22,11	5,17	22,73	5,24	-0,12	0,44	0,507	-0,62	0,535	-	-
Meelekindlus	118,87	26,56	133,20	23,79	-0,57	0,31	0,580	-1,29	0,200	-	-
Enesetõhusus	17,09	6,14	22,71	3,64	-1,11	9,60	0,002	-	-	661,50	0,001
Korralikkus	21,15	6,02	20,96	6,52	0,03	0,44	0,507	0,15	0,880	-	-
Kohusetundlik.	23,76	4,64	24,82	4,33	-0,24	0,03	0,868	-1,23	0,220	-	-
Saavutusvajad.	18,95	6,62	22,95	4,67	-0,70	4,51	0,036	-	-	949,50	0,001
Enesedistsipliin	17,29	7,19	19,93	6,19	-0,39	0,95	0,333	-2,06	0,042	-	-
Ettevaatlikkus	20,64	6,06	21,84	4,46	-0,23	6,12	0,015	-	-	1361,00	0,364

Märkus: vabadusastmete arv $df = 108$, alavalimite uuritavate arv $n = 55$, p – olulisuse tõenäosus, d – efekti suurus; Poolpaksus kirjas märgitud statistiliselt olulised statistikud.

Lisa 2

Naiste ja meeste hinnangute keskväärtused (M), standardhälbed (SD), Levene'i testi (F -statistik) ja t -testi statistikud (t) ning Mann-Whitney U -testi statistikud (U), kui parameetrilise testi eeldused olid täitmata, kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaala	Mees		Naine		<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>								
Kliiniline grupp												
Ärevus												
Analoogskaala	41,72	25,71	39,62	26,50	0,08	0,90	0,766	0,26	0,794	-	-	
Hetkeärevus	36,41	16,12	38,85	18,79	-0,14	0,91	0,344	-0,50	0,620	-	-	
Ärevusepisoodid	36,68	13,68	42,52	13,60	-0,43	0,03	0,858	-1,56	0,126	-	-	
Tähelepanu ja kontroll												
TP sisetakistused	11,95	4,50	11,64	4,49	0,07	0,15	0,702	0,26	0,798	-	-	
TP välistakistused	12,64	3,95	14,30	4,09	-0,41	0,17	0,724	-1,50	0,139	-	-	
TP kontroll	10,18	3,94	8,18	3,30	0,55	0,36	0,551	2,04	0,046	-	-	
Kontrollikese	8,32	5,03	9,58	3,86	-0,28	1,96	0,167	-1,05	0,299	-	-	
Planeerimine	15,50	3,22	15,39	3,98	0,03	1,55	0,218	0,10	0,917	-	-	
Kodeerimistesti vastused												
Õiged	61,55	24,59	55,64	61,55	0,03	2,44	0,125	0,06	0,953	-	-	
Valed	7,64	7,35	6,39	7,64	0,17	-	-	-	-	304,50	0,636	
Kokku	69,18	24,43	62,03	69,18	0,14	2,17	0,147	0,17	0,869	-	-	
Kontrollgrupp												
Ärevus												
Analoogskaala	20,89	14,50	15,28	18,16	0,34	0,41	0,524	1,13	0,264	-	-	
Hetkeärevus	12,82	13,32	7,27	7,74	0,51	7,30	0,009	-	-	285,00	0,178	
Ärevusepisoodid	14,41	12,07	12,97	9,21	0,13	3,31	0,075	0,50	0,619	-	-	
Tähelepanu ja kontroll												
TP sisetakistused	7,14	3,76	5,15	2,53	0,62	10,67	0,002	-	-	251,50	0,053	
TP välistakistused	10,82	3,49	10,58	3,46	0,07	0,19	0,664	0,25	0,801	-	-	
TP kontroll	11,91	3,16	13,12	3,28	-0,38	0,25	0,617	-1,36	0,179	-	-	
Kontrollikese	5,05	3,17	4,88	3,60	0,05	1,30	0,259	0,18	0,861	-	-	
Planeerimise tüüpi	15,27	3,18	16,06	3,08	-0,25	0,28	0,599	-0,92	0,363	-	-	
Kodeerimistesti vastused												
Õiged	84,32	31,88	75,75	20,41	0,32	5,14	0,028	-	-	302,50	0,383	
Valed	7,41	5,06	9,03	7,20	-0,26	3,05	0,087	-0,91	0,366	-	-	
Kokku	91,73	28,80	84,78	18,73	0,29	4,35	0,042	-	-	312,00	0,481	

Märkus: Meeste arv $n = 22$, naiste arv $n = 33$, vabadusastmete arv $df = 53$ (v.a Analoogskaalal meeste arv $n = 19$, naiste arv $n = 29$, $df = 42$), p – olulisuse tõenäosus, d – efekti suurus; Poolpaksus kirjas märgitud statistiliselt olulised statistikud.

Lisa 3

Analüüsist välja jäetud Enesehinnangu, Sotsiaalse soovitatavuse SDS-17, Psühhopaatilisuse, Nartsissismi ja Impulsiivsuse skaalade hinnangute keskväärtused (M), standardhälbed (SD), Levene'i testi (F -statistik) ja t -testi statistikud (t) ning Mann-Whitney U -testi statistikud (U), kui parameetrilise testi eeldused olid täitmata, kliinilises ja kontrollgrupis.

Skaala	Kliiniline		Kontroll		d	F	p	t	p	U	p
	M	SD	M	SD							
SDS-17	36,76	7,77	39,85	7,52	-0,40	-	-	-	-	1182,50	0,066
Tuumikenesehin.	23,05	7,58	34,28	6,65	-1,57	0,62	0,434	-8,10	0,001	-	-
Enesemõjukus	18,33	6,76	24,37	3,37	-1,13	17,66	0,001	-	-	620,50	0,001
Psühhopaatilisus	29,91	5,09	33,55	4,76	-0,74	0,40	0,528	-3,87	0,001	-	-
Nartsissism	9,55	3,21	9,55	3,52	0,00	1,42	0,236	0,00	1,000	-	-
Pettumus	8,33	3,94	5,07	3,37	0,89	0,52	0,616	4,65	0,001	-	-
Tundlikkus	10,58	4,34	6,18	4,14	1,04	0,01	0,969	5,44	0,001	-	-
Upitamine	8,44	4,49	5,84	4,41	0,58	0,47	0,495	3,06	0,003	-	-
Manipuleerimine	8,38	3,37	10,15	3,26	-0,53	0,20	0,658	-2,79	0,006	-	-
Impulsiivsus											
Pos. kärsitus	6,27	3,63	4,31	5,58	0,42	-	-	-	-	903,00	0,001
Ettekavatsetus	10,13	3,62	10,85	2,99	-0,22	2,78	0,098	-1,15	0,253	-	-
Elamustejanu 1	6,04	4,06	8,62	3,53	-0,68	1,56	0,214	-3,56	0,001	-	-
Elamustejanu 2	7,69	3,43	10,71	2,49	-1,01	6,94	0,010	-	-	750,00	0,001
Püsivus	10,47	3,89	11,96	2,68	-0,45	10,28	0,002	-	-	1212,00	0,070
Neg. kärsitus	8,51	2,85	6,27	3,01	0,76	0,15	0,698	4,00	0,001	-	-
Enesehinnang											
Negatiivne	22,84	8,62	9,82	5,96	1,76	7,51	0,007	9,21	0,001	-	-
Vastutustundlikkus	11,11	6,17	8,85	5,78	0,38	-	-	-	-	1209,50	0,070

Märkus: alavalimite uuritavate arv $n = 55$, vabadusastmete arv $df = 108$ (v.a Tuumikenesehinnangud ja Enesemõjukuse skaala $df = 107$), p – olulisuse tõenäsus, d – efekti suurus; Poolpaksus kirjas märgitud statistiliselt olulised statistikud.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Mirjam Ool

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Ärevuse seos tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangutega ärevushäiretega inimestel“, mille juhendajad on Aavo Luuk, *PhD* ja Kersti Luuk, *PhD*,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015